

18. Менеджмент волонтерських груп від А до Я: навч.-метод. посібник / за ред. Т. Л. Лях; авт. кол. З. П. Бондаренко та ін. Київ: Версо-04, 2012. 288 с.

19. Навчання здоров'я: просвітницька робота з підлітками щодо збереження, розвитку та зміцнення репродуктивного здоров'я: навч.-метод. посіб. / Н. В. Зимівець та ін.; за ред. Н. В. Зимівець. Луцьк: Волин. нац. ун-т Лесі Українки, 2010. 360 с.

20. Носенко Е. Л., Аршава І. Ф. Сучасні напрями зарубіжної психології: психологія особистості: підручник. Дніпропетровськ: Вид-во ДНУ, 2010. 264 с.

21. Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування: Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 2005. № 6. с. 147 (із змінами).

22. Тренінговий курс «Підготовка наставників для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» / уклад. Ю. Удовенко та ін. Київ: Вид-во Проект Наставництва «Одна Надія», 2013. 78 с.

23. Черевко С., Індиченко Л. Сучасні проблеми формування здорового способу життя студентської молоді. *Педагогіка вищої та середньої школи*: зб. наук. пр. Кривий Ріг: ВЦ КДПУ; Айс Принт, 2016. Вип. 3 (49). С. 287–300.

24. Хорунжий Ю. М. Українські меценати: Доброчинність – наша риса. Київ: Вид. дім «КМ Академія», 2001. 137 с.

3.2. Про особливості соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату

І. Ф. Аршава, В. В. Корнієнко

Одним із головних показників благополуччя країни та суспільства, за аналізом численних наукових досліджень, є стан здоров'я підрастаючого покоління. У процесі вивчення наукових джерел було доведено, що набуті та природжені вади рухової сфери впливають на самоставлення особистості, змінюючи емоційно-ціннісне ставлення не тільки до себе, а й до навколишнього світу (Р. Абрамович-Лехтман, Е. Калижнюк, Є. Кириченко, В. Ковальов, І. Мамайчук, Г. П'ятакова, О. Шалаурова та ін.).

Доведено, що у підлітків з патологією опорно-рухового апарату центральне місце у структурі особистості займають негативні емоційні

переживання, які відбивають ставлення хворої дитини до себе і свого захворювання. Здатність до усвідомлення свого Я, своїх здібностей та недоліків є важливою умовою розвитку самовиховання та саморегуляції поведінки у таких дітей, що регулює інтеграцію їх у суспільство. Тому для формування у підлітків з патологією опорно-рухового апарату позитивного самоставлення існує необхідність знаходження та реалізації заходів соціально-психологічної реабілітації. Це є дуже важливою проблемою, бо від цього залежить і стан їх психічного здоров'я, і гармонізація «образу-Я», і адаптаційні можливості.

Аналіз останніх наукових досліджень і публікацій складають наукові розробки та фундаментальні положення стосовно різноманітних аспектів соціально-психологічної реабілітації вітчизняних та зарубіжних вчених: В. Бондар, 2000; Дж. Боулбі, 1983; В. Вінс, 1978; Е. Калижнюк, 2003; В. Ковальова, 2000; Й. Лангмейер, 1984; І. Левченко, 2006; І. Мамайчук, 2003; О. Мاستюкової, 2002; С. Мещерякової, 1999; М. Певзнера, 1998; А. Прихожан, 1990; Г. П'ятакової, 2000; Є. Синьової, 2007; Л. Шипіциної, 2003 та ін.

Метою цього дослідження є вивчення специфіки запропонованих нами заходів соціально-психологічної реабілітації у процесі формування адекватної самооцінки підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату.

У визначенні дослідниці В. Шахрай (2006), соціально-психологічна реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини у правах, соціальному статусі, на покращення її здоров'я, дієдатності, на зміну соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених або обмежених з певних причин.

Одним із нагальних завдань соціально-психологічної реабілітації, принципи якої полягають у єдності біологічного і соціально-психологічного, постає розробка та впровадження ефективних методів відновлення особистісних установок, спрямованих на компенсацію втрачених або ще не сформованих соціально-адаптивних якостей у осіб з патологією опорно-рухового апарату.

Для реалізації зазначеної мети нами було розроблено реабілітаційні заходи, що полягали у залученні дітей, які мають певні захворювання, до участі у творчій діяльності, пов'язаній з виготовленням сувенірних виробів разом з майстрами виробничого об'єднання Дніпропетровщини «Петриківський орнамент».

Арт-терапія як перевірений засіб стимулювання самовираження дитини, наповнилась новим змістом реальної діяльності, продукти якої мали певну матеріальну цінність: були організовані виставки-про-

дажі робіт усіх без винятку дітей. Залучення до творчої діяльності наповнило життя дітей позитивними емоціями, розширило коло учасників їх соціальної взаємодії (як з дорослими, так і з дітьми).

Розроблена нами система заходів соціально-психологічної реабілітації для такого контингенту дітей упроваджувалася протягом дворічного періоду, результатом чого стало покращення особистісних характеристик дітей, яке ми побачили за результатами дослідження. Про це свідчить кількісний та якісний аналіз основних емпіричних даних дослідження особливостей розвитку їх самооцінки.

Матеріал та методи, які використовувались у дослідженні. Вибірка досліджуваних – 117 дітей-інвалідів з руховими порушеннями 11–15 років, з них 38 – із захворюванням «міопатія», 42 – з артрогрипозом, 37 дітей страждали на дитячий церебральний параліч (далі – ДЦП) у формі спастичної диплегії. Контрольну групу склали 145 здорових школярів того самого віку.

У дослідженні були застосовані такі психодіагностичні методики: вивчення загальної самооцінки Г. Казанцевої; методика Дитячий опитувальник неврозів (ДОН) В. Седнева; шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна, Індивідуально-психологічний дитячий опитувальник (ІТДО) Л. Собчик; комплексний діагностичний графічний тест Е. Романової, О. Потьомкіної для виявлення індивідуальних та типологічних особливостей дитини і характеру його бачення оточуючого світу, уявлення про себе, інших людей та свою діяльність.

Результати та їх обговорення. У даному науковому дослідженні вивчалась самооцінка дітей-інвалідів у різних умовах соціально-психологічної реабілітації. Результати дослідження самооцінки наведено у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Рівень самооцінки дітей з руховою патологією як близькість «Я-реального» до «Я-ідеального», %

Рівень самооцінки	Діти-інваліди					
	ДЦП (до)	ДЦП (після)	міоп (до)	міоп (після)	артрог. (до)	артрог. (після)
Високий	34,7	58,8	34,7	36,0	36,0	48,0
Середній	42,3	29,6	10,8	17,3	28,6	17,6
Низький	23,9	25,4	71,4	66,7	37,7	21,6

Аналіз даних, представлених у табл. 3.3, дозволяє констатувати таке: діти, хворі на ДЦП, що були залучені до соціально-психологічних заходів, у цілому характеризувалися більш позитивною самооцінкою, ніж діти, хворі на міопатію, які не брали участі у вищезазначених заходах. Близько 42,3 % дітей з ДЦП вважали себе реально наближеними до «Я-ідеального», лише близько чверті опитаних вважали себе далекими від «Я-ідеального».

Інша картина спостерігалась у дітей з міопатією. Тут переважна більшість учнів (66,7 %) характеризувалась низькою самооцінкою.

Оцінюючи «Я-реальне», діти з ДЦП вважали себе, у порівнянні із хворими на міопатію, істотно більш наполегливими, стриманими, менш емоційно холодними, менш пасивними, їм більше властивий ентузіазм. Отже, розходження самооцінки дітей з ДЦП та міопатією обумовлені в першу чергу етіопатогенезом захворювання, розходженнями в оцінці себе як діючого суб'єкта, умовами виховання та навчання.

Серед дітей, хворих на ДЦП, високою самооцінкою характеризувалися 34,7 % підлітків, серед дітей з артрогрипозом – 36,0 %. Таким чином, відсоткове зіставлення дітей з руховою патологією, що виховувались в інтернатному закладі, свідчить про майже однакове володіння ними високою самооцінкою. Розходження спостерігаються у відсотковому зіставленні дітей з артрогрипозом, ДЦП та міопатією із середньою й низькою самооцінкою. Так, у дітей з артрогрипозом на 11,1 % менше, ніж у дітей з міопатією – низька самооцінка (37,7 % проти 26,7 %) і майже на стільки ж більше дітей із середньою самооцінкою (31,5 % з ДЦП проти 37,3 % з міопатією).

Вірогідно, що діти з артрогрипозом та ДЦП більш критично оцінюють себе, ніж діти з міопатією. Зокрема, діти з артрогрипозом та ДЦП визначають у себе наявність таких якостей, властивих підлітково-му віку, як нерішучість, сором'язливість та упертість.

Після соціально-психологічних заходів діти з руховою патологією продемонстрували такі показники самооцінки: 58,8 % дітей з ДЦП; 48,0 % – з артрогрипозом оцінюють себе як близьких до «Я-ідеального»; 29,6 % з ДЦП й 19,6 % – з артрогрипозом характеризуються середньою самооцінкою; 25,4 % дітей з ДЦП й 21,6 % – з артрогрипозом вважають себе далекими від «Я-ідеального». Таким чином, трохи більше дітей з ДЦП та артрогрипозом із середньою самооцінкою й менше – з високою, ніж у дітей з міопатією. Діти з ДЦП та артрогрипозом ставляться до себе більш самокритично, ніж діти з міопатією. Так, діти, що були залучені до заходів соціально-психологічної реабілітації, вважають себе більш життєрадісними і терплячими, ніж діти з міопатією.

єю, менше визнають у собі наявність таких якостей, як нерішучість і повільність.

Аналізуючи вищезазначене, можна припустити, що такі фактори, як соціальна, емоційна та материнська депривація, що накладаються на фізичні вади дітей, формують у них нереалістичну самооцінку, прагнення не визнавати в собі негативних якостей.

Динаміка змін самооцінки у дітей з ДЦП, міопатією та артрогрипозом така. Протягом навчального року діти з різним діагнозом та залежно від умов соціально-психологічної реабілітації показали протилежно спрямовані тенденції у зміні самооцінки.

У дітей з ДЦП та артрогрипозом, переважно підліткового віку, спостерігається достовірне зниження самооцінки. При цьому збільшується відсоток дітей, хворих на ДЦП, з низькою самооцінкою (від 23,9 % до 37,8 %) і трохи знижується відсоток дітей, хворих на артрогрипоз, що характеризуються високою самооцінкою (з 41,2 % до 34,7 %) і середньою самооцінкою (від 34,9 % до 27,5 %).

Діти підліткового віку з ДЦП та артрогрипозом вище оцінюють у собі наявність такої якості, як упертість, нижче – терплячість. Таким чином, зниження самооцінки у дітей з вищезгаданою патологією пов'язане із зростанням самокритичності, визнанням у собі негативних якостей, що відбивають труднощі самоконтролю у поведінці, а це цілком властиве підлітковому віку.

Зовсім інша тенденція у зміні самооцінки спостерігається протягом навчального року у дітей, переважно підліткового віку, хворих на міопатію, які не перебували в інтернатному закладі, навчалися переважно за індивідуальною програмою і не брали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації. У них протягом року спостерігається невелике збільшення самооцінки та зменшення відсотка хворих з низькою самооцінкою (з 71,4 % до 66,7 %), збільшення кількості дітей з високою самооцінкою (з 23,8 % до 30,3 %) і середньою самооцінкою (з 10,8 % до 17,3 %).

Якщо порівняти самооцінку у дітей, хворих на міопатію, на початку і наприкінці навчального року, то вони вище оцінюють у собі наявність таких позитивних якостей, як сміливість, наполегливість, педантизм, нижче – наявність негативних якостей: сензитивності, егоцентричності, примхливості і емотивності.

Зміни в самооцінці дітей, хворих на міопатію, пов'язані з прагненням визнавати у собі позитивні якості й не визнавати негативні.

На другому році навчання діти інтернатного закладу (частіше підліткового віку) продовжували брати участь у заходах соціально-пси-

хологічної реабілітації. І як результат дії заходів – діти інтернатного закладу стали менш сенситивними і більш наполегливими, ніж рік тому. В оцінці інших якостей значущих розходжень не виявлено, що може свідчити про те, що у дітей з руховою патологією на початку участі у заходах соціально-психологічної реабілітації в цілому складалося досить несуперечливе розуміння своєї особистості, що не зазнавало істотних змін до нового навчального року.

На цей же час діти, хворі на міопатію та без втручання до заходів соціально-психологічної реабілітації, оцінюють себе, порівняно з минулим роком, як більш терплячих, менш дратівливих, агресивних та більш екстравертованих. Створювалося враження, що поняття дітей, хворих на міопатію, про себе змінювалося в напрямку наближення до «психологічно адекватної» дитини.

Для з'ясування адекватності самооцінки дітей-інвалідів було зроблено кластерний аналіз в кожній групі дітей-інвалідів та виділено специфічні групи з характерним для них зіставленням самооцінки й вегетативних розладів, що представлено у табл. 3.4–3.6.

Таблиця 3.4
Показники адекватності самооцінки дітей (з ДЦП та артрогрипозом), що брали участь у соціально-психологічних заходах (1-й рік)

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей, %
1	0,60	0,47	16,5
2	0,52	0,11	28,4
3	0,71	0,13	35,8
4	0,19	0,08	19,3

За даними табл. 3.4 видно, що *першу групу* (16,5 %) становили учні із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка занижена порівняно з об'єктивною оцінкою групи. *Другу групу* (28,4 %) становили діти із середньою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка адекватна оцінці групи. *Третя група* підлітків (35,8 %) характеризувалася високою самооцінкою при середньому рівні вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка завищена. *Четверта група* (19,3%) відрізняла-

ся низькою самооцінкою при низькому рівні вегетативних розладів, отже, їхня самооцінка адекватна.

Таблиця 3.5

Показники адекватності самооцінки дітей (з ДЦП та артрогрипозом) наприкінці першого року участі у соціально-психологічних заходах

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей, %
1	0,69	0,11	42,8
2	0,47	0,00	9,2
3	0,53	0,40	18,4
4	0,03	0,11	29,6

За табл. 3.5 першу групу (42,8 %) становили діти-інваліди із середньою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. Другу групу (9,2 %) представлено дітьми із середньою самооцінкою й низьким рівнем вегетативних розладів, тобто самооцінка завищена. Третя група (18,4 %) – підлітки із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка занижена. Четверта група (29,6 %) – діти з низькою самооцінкою й середнім рівнем вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка також занижена порівняно з оцінкою групи.

Таблиця 3.6

Показники адекватності самооцінки дітей (з ДЦП та артрогрипозом), що брали участь у соціально-психологічних заходах (2-й рік)

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей, %
1	0,12	0,17	22,2
2	0,69	0,46	15,9
3	0,68	0,16	54,0
4	0,63	0,0	7,9

У табл. 3.6 зазначено, що першу групу (22,2 %) становили діти з низькою самооцінкою й середнім рівнем тривожності, тобто їхня самооцінка занижена. Другу групу (15,9 %) представлено дітьми із середньою самооцінкою й високим рівнем вегетативних розладів, тобто самооцінка занижена. Третя група (54,0 %) – діти із середньою самооцінкою й середнім рівнем тривожності, тобто їхня самооцінка адекватна. Четверта група (7,9 %) – діти із середньою самооцінкою й низьким рівнем вегетативних розладів.

Дані дослідження адекватності самооцінки дітей, хворих на міопатію, на час початку занять із соціально-психологічної реабілітації дітей з ДЦП та артрогрипозом, що перебували в інтернатному закладі, представлено в табл. 3.7.

Першу групу (9,5 %) становили підлітки з найбільш низькою самооцінкою й найбільш високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка значно занижена. Друга група (45,29 %) представлена підлітками з низькою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка також занижена, хоча й не настільки істотно, як у попередній. Третя група (19,0 %) – діти з низькою самооцінкою й низьким показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. Четверта група (26,3 %) – діти з високою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їх самооцінка завищена.

Таблиця 3.7

Показники адекватності самооцінки дітей, хворих на міопатію, на час початку занять дітей інтернатного закладу у заходах соціально-психологічної реабілітації

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей, %
1	0,17	0,53	9,5
2	0,24	0,15	45,2
3	0,30	0,00	19,0
4	0,72	0,20	26,3

Таблиця 3.8
Показники адекватності самооцінки дітей, хворих на міопатію, в динаміці (через рік)

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей, %
1	0,52	0,20	32,0
2	0,13	0,21	21,3
3	0,76	0,17	30,7
4	0,50	0,62	16,0

Результати, представлені у табл. 3.8: *першу групу* (32,0 %) становили діти здебільшого підліткового віку із середньою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. *Другу групу* (21,3 %) представлено дітьми з низькою самооцінкою й середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка занижена. *Третя група* (30,7 %) – діти з найбільш високою самооцінкою при найнижчому показнику вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка істотно завищена. *Четверта група* (16,0 %) – діти із середньою самооцінкою й високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка занижена.

Дані дослідження адекватності самооцінок дітей з набутою патологією опорно-рухового апарату (міопатією), що протягом дворічного дослідження не брали участі у запропонованих заходах соціально-психологічної реабілітації, представлено у табл. 3.9.

Таблиця 3.9
Показники адекватності самооцінки дітей, хворих на міопатію, на другому році дослідження

№ кластера	Середній бал самооцінки за кластерами	Середній бал вегетативних розладів за кластерами	Кількість дітей, %
1	0,30	0,09	30,7
2	0,74	0,08	30,8

Закінчення таблиці 3.9

3	0,72	0,18	23,1
4	0,71	0,42	15,4

Першу групу (30,7 %) становили діти з низькою самооцінкою й низьким показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна. *Другу групу* (30,8 %) представлено дітьми з високою самооцінкою і найбільш низьким показником вегетативних розладів, тобто самооцінка суттєво завищена. *Третя група* (23,1 %) – діти з високою самооцінкою і середнім показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка завищена. *Четверта група* (15,4 %) – діти з високою самооцінкою й високим показником вегетативних розладів, тобто їхня самооцінка адекватна.

Узагальнюючи дані дослідження адекватності самооцінки дітей-інвалідів, які перебувають у різних умовах соціально-психологічної реабілітації, маємо такі результати.

Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату інтернатного закладу заниженою самооцінкою характеризуються 16,5 % дітей та 54,7 % дітей, хворих на міопатію, що навчаються переважно за індивідуальною програмою. При цьому 9,5 % дітей, хворих на міопатію, що мають високий показник вегетативних розладів, відрізняються вкрай низькою самооцінкою, тобто їхня самооцінка найбільш неадекватна. Адекватною самооцінкою характеризуються 47 % дітей інтернатного закладу, що брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, і лише 19,0 % дітей, що перебували на індивідуальному навчанні та участі у запропонованих заходах не брали. Завищеною самооцінкою характеризується 35,8 % дітей інтернатного закладу, що брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, і 26,3 %, що перебували на індивідуальному навчанні та участі у запропонованих заходах не брали.

Отже, серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, що перебували в умовах соціально-психологічних заходів, у 3,3 раза менша кількість дітей із заниженою самооцінкою і в 2,5 раза більша з адекватною самооцінкою, у порівнянні з дітьми, хворими на міопатію, які не брали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації.

Серед дітей з руховою патологією, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, занижена самооцінка властива 48,0 %; адекватна самооцінка властива 42,8 %; завищена самооцінка властива лише 9,2 % дітей.

Серед дітей, хворих на міопатію, які не брали участі у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, занижена самооцінка властива 37,3 %; адекватна самооцінка властива 32,0 %; завищена самооцінка властива 30,7 % дітей.

Отже, дітям з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, властива адекватна й занижена самооцінка, що відображає їх критичне ставлення до себе.

Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, які не брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом року, третина характеризується неадекватно-високою самооцінкою, яка не відповідає об'єктивному ставленню оточуючих їх людей, що підтверджує компенсаторний характер самооцінки. Серед дітей з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом двох років, занижена самооцінка властива 38,1 %, адекватна самооцінка властива 54,0 %; завищена самооцінка властива лише 7,9 %, а у дітей-інвалідів, які не брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, занижена самооцінка властива 0 % дітей; адекватна самооцінка властива 46,1 %; завищена – 53,9 % дітей.

Отже, дітям, з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації протягом двох років, найбільш властива адекватна або занижена самооцінка, а у дітей з патологією опорно-рухового апарату, які не брали участь у психокорекційній роботі реабілітації, самооцінка завищена.

Узагальнюючи вищевикладене, можна визначити таке: протягом двох років були виявлені істотні розходження у становленні самооцінки дітей з патологією опорно-рухового апарату, які брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, та тих, які участі в них не брали:

1. У дітей з патологією опорно-рухового апарату, що навчаються в інтернатному закладі, криза самооцінки реєструється у 12–14 років, коли самооцінка в порівнянні з віком 9–11 років різко знижується, і це співпадає з початком соціально-психологічних заходів. Зниження самооцінки, що характеризується сором'язливістю й нерішучістю, які виникають у зв'язку з визнанням дітьми з патологією опорно-рухового апарату наявності у себе негативних якостей, зокрема впертості й відсутності терпіння, збігається з описом кризи підліткового віку у психологічній літературі. Але вже до кінця другого року участі цих дітей у заходах соціально-психологічної реабілітації діти стають більш терплячими, спокійними, відкритими, переборюють сором'язливість, самооцінка знову зростає.

Більшість дітей з патологією опорно-рухового апарату, що навчаються в інтернатному закладі, характеризується адекватною або заниженою самооцінкою, що підкреслює підвищену вимогливість до себе. Так, деякі діти з високим і середнім рівнем вегетативних розладів, дещо занижують самооцінку, а діти із середнім та низьким рівнем вегетативних розладів, дещо завищують самооцінку. Однак не було виявлено підлітків, у яких би їхня самооцінка різко розходилася з оцінкою людей, які їх оточували, як це спостерігається у дітей, хворих на міопатію, що перебувають переважно на індивідуальному навчанні.

2. У дітей, хворих на міопатію, здебільшого підліткового віку, самооцінка в цілому поступово підвищувалася за дворічний період спостереження і більша частина цих дітей (60,8 %) характеризувалася високою самооцінкою.

3. Підвищення самооцінки визначається прагненням дітей з руховою патологією високо оцінювати в собі наявність позитивних якостей «Я» та не визнавати негативних.

У цілому самооцінка дітей, хворих на міопатію, виявилася істотно менш адекватною, ніж у дітей, що перебували в інтернатному закладі і брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації.

У дітей, що перебували в інтернатному закладі і брали участь у заходах соціально-психологічної реабілітації, високою самооцінкою відрізнялися діти з високим рівнем вегетативних порушень (9,5 %). Серед дітей, хворих на міопатію, близько третини з них відрізняється завищеною самооцінкою, що не відповідає об'єктивній оцінці цих дітей оточуючими їх людьми. Отже, висока самооцінка дітей, хворих на міопатію, мала найчастіше компенсаторний характер.

Список бібліографічних посилань

1. Аршава І. Ф., Черненко М. І. Нервові і психічні хвороби: підруч. для студ. ВНЗ. Дніпро: Вид-во ДНУ ім. Олеся Гончара, 2009. 336 с.
2. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрения ребенка. *Психология личности: тексты*. Москва: МГУ, 1982. С. 161–166.
3. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев: Вища школа, 1987. 254 с.
4. Клопота Є. А. Я-образ у структурі самосвідомості незрячої людини. *Вісник Харківського державного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди*. Серія: Психологія. Харків: ХДПУ ім. Г. С. Сковороди, 2001. Вип. 8. С. 104–110.

5. Максименко С. Д. Психологія особистості: підруч. для студ. ВНЗ / за ред.: С. Д. Максименко. Київ: КММ, 2007. 295 с.

6. Корнієнко В. В. Особливості розвитку «образу-Я» у дітей з патологією опорно-рухового апарату в залежності від умов соціально-психологічної реабілітації: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04. Київ, 2009. 17 с.

7. Мастюкова Е. М. Некоторые особенности мотивационной сферы школьников с церебральным параличом и воспитание основ нравственного поведения. *Дефектология*. 1985. № 5. С. 45–49.

8. Шорохова Е. В. Проблема «Я» и самосознание. *Проблемы сознания: материалы симпозиума по проблемам сознания* (март–апрель 1966 г., Москва) / отв. ред. проф. В. М. Банщикова. Москва, 1966. С. 81–90.

3.3. Соціально-побутові уміння у дітей з помірною розумовою відсталістю – важлива умова захисту їхнього здоров'я

В. А. Гладуш, М. О. Кавецька

Демократичні зміни в українському суспільстві зумовили нові соціальні процеси, що привернули увагу держави до дітей з розумовою відсталістю та передбачають забезпечення їм гідного життя як повноправних членів суспільства відповідно до їх можливостей та індивідуальних здібностей.

Дитина з помірною розумовою відсталістю на сучасному етапі розвитку суспільства розглядається як особистість, яка має ті самі права, що й інші члени спільноти, але через обмежені можливості здоров'я, а саме особливості індивідуального розвитку, потребує більшої уваги з боку педагогів та вихователів у формуванні соціальних та побутових навичок поведінки та самообслуговування. Тому у процесі шкільного навчання та виховання важливою є робота з формування у таких дітей соціально-побутових навичок, що дозволить їм хоча б частково адаптуватись до умов суспільного середовища. Цей соціальний досвід вимагає особливих, розвивальних умов навчання та виховання, які будуть сприяти залученню таких дітей в оточуючий їх світ людей, речей, дій та багатьох інших явищ життя.

Цією проблемою в Україні займалися науковці: Л. Вавіна, А. Висоцька, О. Гаврилов, Ю. Галецька, О. Гармаш, В. Золотоверх, А. Колупаєва, М. Матвеева, Н. Мацько, Т. Сак, В. Синьов, П. Хохліна та інші.

Особливості психолого-педагогічної корекції розглядали такі вчені: Л. Занков, О. Граборов, Н. Кузьміна, М. Гнезділов, Т. Власова, І. Грошенкова, Г. Дульнев, І. Єременко, В. Лубовський, Б. Пінський, Є. Соботович. Дослідники підкреслювали комплексний характер корекційної роботи у процесі навчання та виховання розумово відсталих дітей.

Психолого-педагогічну характеристику дітей із помірною розумовою відсталістю ґрунтовно висвітлено у наукових працях О. Гаврилової, Л. Занкової, Д. Ісаєвої, У. Крістен, О. Маллера, Г. Сухаревої, Г. Цикото, Л. Шипіциної та ін. Автори наголошують, що діти з помірною розумовою відсталістю характеризуються несформованістю пізнавальних процесів, перш за все мислення, нездатністю до утворення абстрактних понять і потребують постійної корекційної допомоги. Діти з помірною розумовою відсталістю складно опановують навички виразності рухів (що є невід'ємною умовою виконання навичок самообслуговування), у них значно ускладнюється формування серії рухів, що необхідно для утворення рухових навичок.

Проблеми соціальної адаптації та реабілітації осіб з порушеннями психофізичного розвитку досліджено та розкрито у працях таких науковців: Віт. Бондаря, Л. Вавіної, А. Висоцької, В. Засенко, В. Золотоверх, А. Колупаєвої, Г. Мерсіянової, Т. Сак, В. Синьова, Є. Соботович, М. Супруна, О. Хохліної, О. Шевченко та інших вчених і практиків.

Мета нашого дослідження полягає в уточненні та висвітленні деяких особливостей формування соціально-побутових умінь у дітей з помірною розумовою відсталістю.

Проблема формування соціально-побутових умінь у дітей з розумовою відсталістю сьогодні лежить у полі зору науковців, які розробляють теоретико-методологічні аспекти соціальної адаптації. Діти з помірною розумовою відсталістю, зважаючи на їхні можливості щодо здатності до навчання, потребують спеціального педагогічного впливу, який передбачає їх виховання, розвиток та сприяння соціально-побутовій адаптації як в умовах спеціально організованого навчання в освітніх закладах, так і в умовах сім'ї з метою покращення якості їхнього життя та тих людей, які ними опікуються.

Соціальна адаптація (від лат. *adapto* – пристосовую та *socium* – суспільство) – процес і результат пристосування дитини до соціального середовища на основі оволодіння соціальною нормативною поведінкою, виконання вимог суспільства, які ставляться до особистості у відповідних ситуаціях.

Провідним напрямом соціальної адаптації дітей з помірною розумовою відсталістю є формування соціально-побутових навичок